

### ÁREA DE DISCAPACIDAD

#### DOCUMENTACION PARA FACTURACIÓN

##### 1. RECEPCION DE DOCUMENTACION

- ✓ Deberá ser presentada UNICAMENTE por el prestador SIN EXCEPCION.
- ✓ Se recibe documentación los primeros **5 días hábiles** de cada mes.
- ✓ La documentación debe ser presentada de forma física (no vía email)
- ✓ Dirigirse a Sede de Congreso 342/8, 2do piso, oficina 5 (Facturación Discapacidad) de 8hs a 15hs.
- ✓ Por consultas dirigirse al mail [facturadiscapacidad@ospiatucuman.com.ar](mailto:facturadiscapacidad@ospiatucuman.com.ar)

##### 2. ACLARACIONES GENERALES

La facturación se debe *presentar de manera mensual* en el área correspondiente. Se recomienda no dejar acumular períodos. La Obra Social (O.S. en adelante) no se responsabiliza en caso de que sean rechazadas por ingresar fuera de término.

Solamente podrá presentar facturación aquel prestador que exhiba la *fotocopia de la autorización*. De modo contrario, no se recibirá la documentación.

Solo a partir de la fecha de Autorización se podrá brindar la prestación. La O. S. no se responsabiliza de la cobertura de la prestación si es anterior a la fecha de la autorización.

Se recuerda que la documentación debe contar con firma, aclaración y DNI del familiar (original), tutor y/o responsable de la persona con discapacidad. Evite sanciones.

En el caso de que su prestación sea dada de **baja**, automáticamente se carga en sistema la misma. Es decir que UD ya no podrá continuar brindando el servicio y, por tanto, facturando el mismo (aunque la autorización continúe con periodo vigente). Evite sanciones.

En el caso de que su prestación esté autorizada y no haya recibido correctamente la autorización, solicitar la misma al mail [discapacidad@ospiatucuman.com.ar](mailto:discapacidad@ospiatucuman.com.ar)

Los períodos de autorización pueden variar según fechas de vencimiento de CUD del afiliado y/o documentación faltante a presentar por prestador y/o afiliado con discapacidad.

En caso de demorar la presentación de la documentación solicitada a fin de renovar el período de autorización (lo cual es responsabilidad del prestador y/o del titular del afiliado con discapacidad), la OS no se responsabiliza de los períodos (meses) vacantes. Las autorizaciones se renuevan según fecha (mes) de presentación de documentación.

### 3. DOCUMENTACION A PRESENTAR

#### PRESTADORES E INSTITUCIONES

DOCUMENTACION	REQUISITO	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACION
Conformidad Área de Facturación	Original	Se presenta <b>una sola vez</b> , el primer mes que el prestador presentará la facturación. Debe estar firmado y sellado por prestador y familia/responsable y/o tutor de la persona con discapacidad, previa lectura de los términos y condiciones. Ver ANEXO conformidad para Facturación
Planilla de asistencia	Original	Debe estar firmada y sellada por el prestador y por la familia. En caso de asistir alguna institución educativa debe contar con firma y sello del establecimiento Ver ANEXO planilla de asistencia
Autorización de prestación	Copia	Debe ser con fecha y períodos de meses vigentes. <b>NO SE RECIBIRAN FACTURAS</b> si la fecha de autorización no coincide con el período de la misma.
Informe evolutivo	Original	Debe estar firmado y sellado por el prestador, con fecha vigente. <i>Mensual:</i> dando detalle de las actividades, estrategias abordadas en base a los objetivos propuestos en el plan de trabajo. <i>Semestral:</i> En el mes de <i>Julio</i> . Dar cuenta de lo trabajado en el primer semestre, avances y/o aspectos a mejorar. <i>Final:</i> En el mes de <i>Diciembre</i> . Dar cuenta de lo trabajado durante el año, avances y/o aspectos a mejorar, según los objetivos propuestos.
Factura B y/o C (según corresponda)	Original y duplicado	Debe contar con los siguientes datos del afiliado: -Apellido y nombre -DNI -N° de afiliado -Período (mes) -Prestación brindada según Nomenclador SSS -Modalidad, jornada (doble o simple), categoría del establecimiento (si correspondiere), si incluye dependencia

		En el caso de Rehabilitación: cantidad de sesiones brindadas y valor unitario de las mismas (según nomenclador de SSS).
--	--	---

### SERVICIO DE TRASLADO PROGRAMADO

#### 1. Documentación por afiliado

DOCUMENTACION POR AFILIADO	REQUISITO	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACION
Conformidad del Área de Facturación	Original	Se presenta <b>una sola vez</b> , el primer mes que el prestador presentará la facturación. Debe estar firmado y sellado por prestador y familia/responsable y/o tutor de la persona con discapacidad, previa lectura de los términos y condiciones. Ver ANEXO conformidad para Facturación
Planilla de asistencia	Original	Debe contar con firma, aclaración de la familia y firma, aclaración y sello del prestador. En caso de asistir alguna institución educativa debe contar con firma y sello del establecimiento. Se recuerda que la planilla de asistencia reviste de carácter de Declaración Jurada. Ver ANEXO planilla de asistencia
Autorización de prestación	Copia	Debe ser con fecha y períodos de meses vigentes. <b>NO SE RECIBIRAN FACTURAS</b> si la fecha de autorización no coincide con el período de la misma.
Factura B y/o C (según corresponda)	Original y duplicado	Debe contar con los siguientes datos del afiliado: -Apellido y nombre del afiliado -DNI -Nº de afiliado -Período (mes) -Prestación brindada -Direcciones de partida y destino -Cantidad de viajes por día y mensual -Cantidad de km recorridos por viaje -Total de km del mes -Dependencia (en caso que corresponda) Debe especificar monto según nomenclador de SSS por traslado individual y cantidad total de viajes realizados en el mes

#### 2. Documentación por Servicio de Traslado Programado

(Se debe presentar **un solo juego de documentación por empresa** de servicio de traslado programado)

DOCUMENTACION POR EMPRESA DE SERVICIO DE TRASLADO PROGRAMADO	REQUISITO	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACION
VTV	Copia	Debe encontrarse en período vigente
Seguro vehicular	Copia	Debe encontrarse en período vigente
Certificado de desinfección	Copia	Debe encontrarse en período vigente
Servicio de GPS	Original	Constancia del servicio contratado, constancia de pago del servicio <i>mensual</i> . Debe estar firmado y sellado, con fecha actualizada de la empresa que realiza el servicio.

**TENER EN CUENTA:** La recepción de la documentación no sugiere su inmediata y completa autorización, ya que la misma estará **sujeta al análisis y evaluación** que se realice. Ante alguna eventualidad, se comunicara vía e-mail al prestador.

#### 4. PAGO DE LA PRESTACIÓN

- ✓ Se pagara la prestación brindada en un plazo de hasta 90 días de corrido a la fecha de haber entregado la documentación correspondiente.
- ✓ Se realizara una transferencia efectivizando el pago a la cuenta de CBU declarada en la documentación del prestador entregada con anterioridad.
- ✓ Se comunicara vía e-mail cuando la transferencia sea efectuada.

#### 5. RECIBO X

Se deberá presentar una vez efectuado el pago vía transferencia al CBU del prestador. Es requisito para continuar facturando los meses siguientes.

Debe detallar los siguientes datos:

- Fecha
- Número completo de factura que cancela.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo. Se debe verificar que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

# O.S.P.I.A.



## OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA AZUCARERA

Congreso 342/8 CP 4000 San Miguel de Tucumán

---

Los *recibos globales* deberán contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.